

Zuzanna Oleś-Binczyk

## MEDYKALIZACJA CIAŻY I PORODU W POLSCE

*Kobieta jest macicą, zawsze wystawioną na możliwość zajścia w ciążę, zawsze zaangażowaną w wychowanie, zawsze zepchniętą przez naturę do zależnej egzystencji. Jakikolwiek jest jej wiek czy kondycja, biologiczny plan przywiązuje ją do sypialni.*

N. Reeves, *Womankind. Beyond the Stereotypes*

### Wstęp

Niegasnące od wieków zainteresowanie tematem macierzyństwa wynika zapewne stąd, że każdy człowiek jest z nim bezpośrednio związany. Każdy z nas ma matkę, ma więc doświadczenie bycia czymś dzieckiem, albo patrzy już z perspektywy rodzica. Jak to ujęła w swojej książce *Macierzyństwo jako punkt zwrotny w życiu kobiety* Bogusława Budrowska (2000: 5), macierzyństwo jest oczywistością, a każdy czuje się ekspertem w tej dziedzinie. Co więcej, wydaje się, że w większości społeczeństw kobiecość jest oceniana przez pryzmat macierzyństwa, a niepłodność jest negacją kobiecości, zakwestionowaniem potrzeby jej istnienia. Warto dodać, że w tych samych społeczeństwach niepłodność mężczyzny nie zaprzecza jego męskości w sposób tak oczywisty, jak dzieje się to w przypadku kobiet. Podsumowując – w przybliżeniu 50% populacji ludzkiej, ze względu na swoją płć biologiczną, ma potencjał zostania matką – okazuje się, że to już wystarczy, żeby zmieniać życie kobiet na całym świecie.

Co się dzieje z kobietą przez dziewięć miesięcy ciąży, jak zmienia się jej postrzeganie swojej płciowości, jak zmienia się jej miejsce w społeczeństwie? Odpowiedzi na te pytania można szukać w różnych dziedzinach nauk – od medycyny prenatalnej, przez demografię, politologię i teologię, na psychologii skończywszy. Mnie w tym artykule będzie interesowała kobieta w ciąży w relacji do społeczeństwa, do rodziny, do środowiska lekarskiego. Skupię się na tych

doświadczeniach przyszlých matek, które wynikają z wartości kojarzonych z ich stanem (czyli ciążą) w kulturze polskiej.

Adrienne Rich w swojej przełomowej dla feminizmu drugiej fali książce *Zrodzone z kobiety* wyznacza dwa, jak się okazuje, niepokrywające się obszary analizy macierzyństwa – może ono być czytane jako instytucja i jako doświadczenie. Doświadczenie odnosi się do sfery indywidualnego i subiektywnego przeżywania rodzicielstwa przez kobietę. Instytucja macierzyństwa z kolei ogranicza indywidualną rolę kobiety, opierając się raczej na nakazach i zakazach, podaje jedynie słuszną definicję *dobrej matki* – wszystko, co poza nią wykracza, jest dewiacją i składa się na opis *złej matki*. Rich, tak jak wiele feministek przed nią i po niej, demaskuje autorów obydwu wspomnianych wyżej definicji, którzy świadomie lub nie działają na rzecz systemu patriarchalnego i dopasowują macierzyństwo do kreowanej przez siebie rzeczywistości. Z historii opowiadanej z ich perspektywy niewiele dowiadujemy się o życiu kobiet, a jeszcze mniej o tym, jak kobiety postrzegały macierzyństwo. Poznajemy za to proces stopniowego, ale zdecydowanego odbierania kobiecie prawa do jej samodzielnego przeżywania swojej kobiecości. Mimo że każda kultura tworzy opowieść o macierzyństwie, współczesny opis tej roli różni się w zależności od miejsca na mapie świata i odzwierciedla przemiany, które dotyczą dzisiejszych społeczeństw. Zanim przejdę do aktualnej sytuacji Polek spodziewających się dziecka, odwołam się do historii położnictwa, która ciekawie przeplata się z dziejami macierzyństwa.

## Historia położnictwa

Parafrazując Rich, można powiedzieć, że historia położnictwa to historia instytucjonalizacji macierzyństwa. Położnictwo wyszło z domów, żeby znaleźć swoje miejsce w szpitalach. Nasze pramatki rodziły w towarzystwie swoich sióstr, matek i ciotek – kobiet, które doświadczenie porodu miały już za sobą. Były dla rodzącej dobrym wsparciem, ale jednocześnie nie ingerowały zbyt w jej indywidualne przeżycie narodzin dziecka. Kobiety zjednoczone w cudzie narodzin stanowiły zamknięty krąg, niedostępny mężczyznom. W tamtych czasach, jak pisze Joseph Campbell (nawiązując do postaci Wielkiej Bogini czy Wielkiej Matki), „bez wątpienia (...) magiczna siła kobieca była nie mniej cudowna niż sam wszechświat; i to dało kobietom ogromną władzę, której złamanie, kontrolowanie i wykorzystanie do własnych celów stało się jednym z głównych dążeń mężczyzny” (za: Rich 2000: 175). Pozycja kobiety wyni-

kała z jej daru wydawania na świat nowego życia. Tajemnicę narodzin dopełniała dodatkowo mistyka śmierci – „poczęcie i narodziny zawierają w sobie zapowiedź i konieczność śmierci. W ludowych wyobrażeniach najczęstsze są przedstawienia śmierci jako kobiety, do kobiet należy również opłakiwanie zmarłych, gdyż śmierć jest ich dziełem” (Budrowska 2000: 62). Stopniowo w każdej większej społeczności pojawiały się kobiety specjalizujące się w asystowaniu przy porodach. Nierzadko łączyły one tę funkcję z ziołarstwem, dzięki któremu wiedziały, jak ulżyć kobiecie w bólach lub przyspieszyć gojenie ran. Z czasem ich funkcje rozszerzyły się również na pomoc przy zająściu w ciążę i jej utrzymaniu, ale również jej spędzeniu w razie konieczności. Ze względu na mistykę narodzin, równoległe z rozwojem różnych form religijnych, kobiety przyjmujące poród zaczęły pełnić również pewne funkcje duchowe. Rola akuszerki ewoluowała tak bardzo, że w starożytnym Rzymie praktykowały już trzy ich rodzaje: „położnicza akuszerka, jej asystentka i kapłanka, która intonowała modlitwy o szczęśliwy poród” (Rich 2000: 198).

Kompresując całe wieki historii, można powiedzieć, że zgodnie z udokumentowanym przekazem historycznym do XVIII wieku położnictwo było w przeważającej części domeną kobiet. Stało się to możliwe nie tylko ze względu na ekskluzywność kobiecego doświadczenia, ale także, a może przede wszystkim, dlatego, że mężczyźni mieli na to swoje uzasadnienie: „z jednej strony mówi się nam, że ateńska akuszerka wiedziała o wiele więcej na temat kobiecych organów rodnych niż hipokratejscy lekarze (co wydaje się wysoce prawdopodobne); z drugiej strony, że praktyka położnicza była »poniżej godności« męskiego lekarza” (Rich 2000: 195). Jak pisze dalej Rich (2000: 196), korespondowało to oczywiście z niskim mniemaniem na temat kobiet. Wiadomo ponadto, że w dawnych kulturach – jak np. w starożytnej Grecji – kobiety nie mogły być lekarkami, ale „w całej literaturze dotyczącej położnictwa dominuje przekonanie, że akuszerki zajmują się naturalnymi porodami, i dopiero w koniecznych przypadkach konieczne jest przywołanie męskiego lekarza”. Jak czytamy w *Zrodzonej z kobiety*, w tym kontekście wyjątkowo traktowane były kobiety z wyższych kast hinduskich, którym przy porodzie towarzyszył zwyczajowo kapłan, bez względu na to, czy poród przebiegał z komplikacjami czy bez (Rich 2000: 196).

W Europie pierwsi mężczyźni zawodowo zajmujący się położnictwem pojawili się w XVII wieku. Ich status społeczny był od razu wyższy niż status kobiet, które zajmowały się przyjmowaniem porodów. W dużej mierze wynikało to z ich skutecznej strategii dystansowania się od tradycji akuszerki, które utożsamiane były z brudem, ignorancją i zabobonem. Podążając tym tropem,

ogarnięta kontrreformacją Europa oskarżyła w końcu akuszerki o praktykowanie magii i czarów i wypowiedziała im krucjatę. Jak podaje Rich, 85% osób skazanych za czary stanowiły kobiety, zaś znaczną część z nich akuszerki, wróżki i uzdrowicielki (2000: 199).

Co ciekawe, także od XVII wieku mówi się o współczesnej historii położnictwa. Wtedy też po raz pierwszy zmuszono kobiety do leżenia w czasie porodu<sup>1</sup>, by lekarzom łatwiej było używać kleszczy położniczych. Jak pisze Preeti Agrawal (2006: 95), tradycja ta wzięła się od konkubiny Ludwika XIV, która jako pierwsza wytrzymała poród w tej pozycji, by król miał lepszy widok ze swojego miejsca za kotarą. Poród ten przyjął lekarz Boucher, który uznany został za ojca zawodu przez kolejne pokolenia położników i lekarzy. W tym mniej więcej okresie także mężczyzna – William Harvey – przeprowadził sekcję ciała kobiety i po raz pierwszy opisał anatomię kobiecego organizmu, a panowie Chamberlain zapoczątkowali karierę kleszczy położniczych (nazywanych także „rękami z żelaza”), które stopniowo zaczęto stosować na szeroką skalę. Dokonania i zasługi akuszerki nie były utrwalane, a tym bardziej zaliczane do dziedzictwa medycyny okołoporodowej.

Wielkim przełomem dla położnictwa okazał się wiek XIX. Wtedy właśnie Ludwik Pasteur odkrył mechanizm infekcji bakteryjnej, a Joseph Lister opracował zasady aseptyki chirurgicznej. Oba te wydarzenia znacznie przyczyniły się do opanowania gorączki poporodowej, która przez ostatnie 200 lat zabiła w Europie miliony kobiet i nowo narodzonych dzieci. Poznanie sekwencji rozprzestrzeniania się choroby umożliwiło dynamiczny rozwój medycyny. Opieka lekarska miała prawo coraz bardziej kojarzyć się z poczuciem bezpieczeństwa.

W znacznym stopniu owo bezpieczeństwo wiązało się (i dalej wiąże) z możliwością kontroli bólu porodowego. Medycyna dalece odeszła w tym względzie od wykładni Kościoła, z którym wcześniej zgadzała się co do tego, że ból, którego doświadcza rodząca, jest wynikiem grzechu pierworodnego, za który każda kobieta winna zapłacić swoją cenę. Do wyraźnego rozdzwieku między religią a medycyną doszło w okresie pozytywizmu, którego początek datuje się na połowę XIX wieku. Nowa filozofia życia człowieka zbiegła się tu z gwałtownym rozwojem nauki i anestezjologii jako samodzielnej gałęzi medycyny. Ludzkość wyznaczyła sobie nowy ideał – całkowite uwolnienie od bólu. Ideał ten stał się celem samym w sobie. Ból porodowy został uznany za coś wyjątkowo złego, godnego bezwzględnego zwalczania. Osiągnięcia w tej dziedzinie tak z dumą w 1930 roku przedstawiał pewien amerykański lekarz:

---

<sup>1</sup> Wcześniej kobiety instynktownie rodziły w pozycjach pionowych (np. w kucki) lub w pozycjach półleżących.

Przybywając [do szpitala], (...) natychmiast otrzymuje [kobieta] jeden z nowoczesnych leków przeciwbólowych. Wkrótce znajduje się w stanie półśpienia, półświadoma poziomu bólu, sprawia wrażenie uśpionej między spazmami. Chociaż upłynęły godziny, zanim pojawi się noworodek, traci poczucie świadomości; reszta zależy od lekarza i jej własnych odruchów. Nie wie nic o tym, że zabiera się ją do wysterylizowanej sali porodowej, umieszcza na sterylnym stole, ubiera w sterylne prześcieradła; również nie widzi... lekarza i sióstr ubranych dla jej bezpieczeństwa w sterylne białe rękawiczki i fartuchy; ani też błyszczących wygotowanych narzędzi i antyseptyków. Nie słyszy płaczu dziecka, kiedy po raz pierwszy poczuje ono zimną wodę, ani też troski, z jaką lekarz zaszywa ranę, która może się pojawić. Jest w takim stanie, w jakim większość z nas chciałaby być, kiedy nachodzi nas silny ból – uśpiona. W końcu budzi się z uśmiechem na ustach, matka bez śladu w pamięci, że nią została (za: Rich 2000: 206).

Opracowanie nowych technologii badania i diagnostyki matki i płodu, nowych środków farmakologicznych pozwalających na leczenie dziecka zanim jeszcze pojawi się na świecie i ratowania życia obojga w razie komplikacji przy porodzie sprawiły, że umieralność matek i noworodków spadła do tak niskiego poziomu, jaki wcześniej nie był możliwy do osiągnięcia. Współcześnie w większości krajów Unii Europejskiej wskaźnik średniej umieralności dzieci w pierwszym roku życia wynosi mniej niż 10 i systematycznie spada (por. European Commission Eurostat 2009). W Polsce w 2008 roku wskaźnik ten wyniósł 5,6.

Nie sposób podważyć korzyści płynących ze sterylizacji środowiska szpitalnego, ale można udowodnić, że proces ten przyczynił się do poczucia alienacji kobiety rodzącej. W czasach, kiedy medycyna w Europie stoi już na wysokim poziomie, ludzie zaczynają kwestionować jakość usług medycznych, a medykalizacja porodu coraz częściej spotyka się z krytyką. Słyszysz się za to o korzyściach, jakie płyną dla matki i dziecka ze świadomie przeżytego porodu. Głos, jaki w tej sprawie zajmują przedstawiciele środowiska medycznego, nie jest jednorodny. Nowoczesne rozwiązania techniczne ścierają się z nurtem propagującym powrót do rodzenia w zgodzie z naturą.

Warto tu zauważyć, że za współczesną medycyną kryje się wielomilionowy przemysł, który niechętnie rezygnuje z możliwości rozwoju, argumentując tym samym przeciwko próbom jakiegokolwiek demedykalizacji. Między innymi stawka finansowa, z jaką wiążą się ciąża i poród, wynosi te kwestie do poziomu dyskursu politycznego. W swoim artykule *Macierzyństwo – prezentacja pojęcia w dyskursie feministycznym w Polsce* Agnieszka Gajewska pisze: „Rozważaniom o macierzyństwie towarzyszy wszak nieustannie analiza relacji wiedzy/władzy/pieniędzy i wynikające z tego konsekwencje dla kobiet, od aborcji, poprzez różne zaświadczenia, aż po polską akcję »rodzić po ludzku«” (2004: 263). W dyskusji publicznej z jednej strony głosy zwolenników me-

dykalizacji skupiają się na zwiększających się możliwościach ratowania dzieci urodzonych przedwcześnie lub wymagających natychmiastowej interwencji lekarskiej z powodu wad wrodzonych. Dla rodziców dzieci, które żyją dzięki sukcesom medycyny, medykalizacja nie będzie raczej pojęciem pejoratywnym. Z drugiej strony, w kontekście porodów naturalnych<sup>2</sup>, również podkreśla się korzyści zdrowotne, a ponadto poczucie podmiotowości kobiety rodzącej, która w zgodzie ze swoim ciałem przeżywa narodziny dziecka.

W oczywisty sposób również współczesny feminizm stara się ugruntować swoje stanowisko w sprawie ciąży i porodu, choć podobnie jak w przypadku innych grup społecznych, brak tu jednorodnego poglądu. Feminizm stereotypowo kojarzony z odrzucaniem macierzyństwa jako przyczyny podrzędnej pozycji kobiet, „mimo niebezpieczeństwa »pronatalizmu« i jego politycznych konsekwencji dla kobiet, przed którym ostrzegała Sanitow (...) często traktuje poród wręcz z sakralną czcią, stawia go na piedestale jako najważniejsze doświadczenie życia kobiety, traktuje jako wielki akt stworzenia z własnego ciała nowego człowieka, którego narodziny narażają na śmierć” (Gajewska 2004: 265).

Pora zastanowić się, czym właściwie jest medykalizacja i gdzie w tych rozważaniach jest miejsce dla indywidualnej kobiety, która staje się matką? Na te pytania postaram się odpowiedzieć w dalszej części artykułu.

## Medykalizacja porodu

Termin „medykalizacja” stał się popularny stosunkowo niedawno. O ile wcześniej posługiwało się nim raczej środowisko naukowe, o tyle obecnie wydaje się, że słowo to weszło do powszechnego użytku. O coraz większym znaczeniu zjawiska, które opisuję, świadczy także fakt, że znalazło ono swoje miejsce w *Słowniku socjologii i nauk społecznych*, który podaje następującą definicję medykalizacji:

---

<sup>2</sup> W 1997 roku Stowarzyszenie na rzecz Poprawy Usług Położniczych (AIMS) zdefiniowało poród naturalny jako „taki, który rozpoczął się samoistnie, skurcze nasilały się i stawały się coraz częstsze, a matka wyparła dziecko spontanicznie. Nie zalicza się do przebiegu normalnego porodu przebijania pęcherza, indukcji lub przyspieszania porodu, znieczulenia zewnątrzoponowego i nacięcia krocza” (Beech 2002: 8). Do tej definicji Europejskie Stowarzyszenie Organizacji na Rzecz Narodzin dodało jeszcze, że integralną częścią porodu naturalnego jest bezpośredni, długotrwały kontakt matki z dzieckiem po zakończeniu akcji porodowej (Otffinowska 2002: 11).

medykalizacja – termin spopularyzowany przez I. Illicha i M. Foucaulta, powszechnie oznacza proces, w którym coraz więcej dziedzin życia podporządkowanych jest medycynie; wyraża się to np. przez wzrost roli medycyny przy narodzinach i śmierci człowieka. Uważa się na ogół, że konsekwencją rozprzestrzeniania się jest wzrost władzy, dlatego termin ten bywa również używany dla podkreślenia ekspansjonizmu i „imperializmu” medycyny (Marshall 2004: 189).

Jak pisze Sheila Kitzinger, ów *imperializm medycyny* doprowadził do tego, że „w kulturze zachodniej pod wieloma względami zagubiliśmy świadomość narodzin i śmierci. Przekształciliśmy narodziny i umieranie w przypadki medyczne, które dzieją się poza domem, w specjalnych instytucjach, nadzorowane przez niezaangażowanych uczuciowo specjalistów” (1995: 9).

W polskich szpitalach standardowo stosuje się wiele interwencji medycznych, które mają na celu przyspieszenie porodu i usprawnienie jego przebiegu. Środki farmakologiczne podawane pacjentkom mają dać lekarzowi możliwość pełnego kontrolowania sytuacji – od pierwszej do ostatniej fazy porodu. Ową zdolność do kontroli odczytuje się powszechnie raczej w kategoriach gwarancji bezpieczeństwa dla rodzącej i noworodka niż jako manipulację naturalnego procesu, jakim jest poród. Takie myślenie może wypływać z jednej strony z rzeczywistego przekonania personelu medycznego co do słuszności takiego podejścia (przez jakiś czas wysoka medykalizacja porodu była jedyną obowiązującą wykładnią zarówno w teorii, jak i w praktyce medycznej), z drugiej zaś z pewnej wygody wynikającej z umiejętności zaplanowania, kiedy poród się zacznie, a kiedy skończy.

Nauka zaczęła się dokładnie przyglądać praktykom szpitalnym, które z porodówki czynią dobrze zaplanowane taśmy produkcyjne. Liczne badania dowiodły (por. Goer 1995; Wagner 2006; Thacker i in. 1997; Enkin i in. 2000; Rajan 1994), że wiele z podejmowanych rutynowo działań<sup>3</sup> niesie z sobą znaczne ryzyko powikłań, które w licznych przypadkach nie jest przedstawiane pacjentce posiadającej prawo do pełnej informacji na temat konsekwencji poszczególnych czynności medycznych. Stopniowo powstała definicja porodu zmedykalizowanego. Marsden Wagner, konsultant Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) ds. położnictwa i opieki nad matką i dzieckiem, tak podsumowuje jego charakterystykę: „Poród traktowany jest przez personel medyczny jako proces mechaniczny mający na celu uwolnienie dziecka z ciała kobiety. Personel medyczny z góry zakłada niekompetencję kobiet i niemożność po-

---

<sup>3</sup> Należą do nich m.in. często praktykowane na polskich oddziałach położniczych: indukowanie porodu (np. przez dożylnie podanie oksytocyny), przebijanie pęcherza płodowego, ciągłe elektroniczne monitorowanie płodu, nacinanie krocza.

dejmowania przez nie decyzji o przebiegu porodu i kontakcie z dzieckiem” (Chołuj 2008: 61).

Założenie o niekompetencji rodzących widać na polskich oddziałach położniczych dość wyraźnie na przykładzie kwestii przestrzegania praw pacjenta. „Prawa pacjenta stanowią zespół uprawnień o jasno wytyczonych granicach i określają zakres obowiązków lekarza lub innej osoby, udzielającej świadczeń medycznych” (Kubicka-Kraszyńska i in. 2007: 21). Prawa te zostały zebrane w jednym dokumencie, a mianowicie w Karcie Praw Pacjenta, która w 1998 roku została wydana przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. „Karta nie ma rangi ustawowej, stanowi jedynie zbiór przepisów mających charakter praktycznego informatora” (Kubicka-Kraszyńska i in. 2007: 21). Jak zwracają uwagę autorzy raportu z akcji *Rodzić po ludzku* 2006, prawa pacjenta bywają mylnie oceniane jako czynnik antagonizujący pacjentów i lekarzy. Specyfika relacji pacjent – lekarz powoduje, że w naturalny sposób to ten drugi ma przewagę, a chory musi podporządkować się dominacji systemu medycznego. Prawa pacjenta należy zatem uznać za wyrównanie tej nierównowagi i uporządkowanie relacji między lekarzem i pacjentem.

Jednym z ważniejszych praw pacjenta jest prawo do intymności i godności kobiety rodzącej. Teoretycznie w polskich szpitalach już „na początku lat 90., w opozycji do położnictwa lat 70. i 80., zaczęto propagować idee, które miały zhumanizować oddziały położnicze” (Kubicka-Kraszyńska i in. 2007: 22). Poród, jako wydarzenie intymne, porównywalne do doświadczenia seksualnego, wymaga wrażliwości ze strony personelu medycznego, możliwości stworzenia atmosfery odpowiadającej poczuciu bezpieczeństwa i komfortu. Warto wiedzieć, że personel medyczny jest zobowiązany przepisami prawnymi do poszanowania prawa do intymności i godności osobistej pacjentki, które jest rozumiane jako „szacunek dla indywidualnego poczucia wstydu każdej kobiety” (Kubicka-Kraszyńska i in. 2007: 22). Artykuł 23 kodeksu cywilnego zalicza intymność i godność osobistą do dóbr osobistych człowieka. Z kolei artykuł 19 ust. 1 pkt 4 mówi wprost o tym, że pacjent ma prawo do intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych. Również ustawa o zawodzie lekarza oraz kodeks etyki zawodowej lekarzy, a także pielęgniarek i położnych zobowiązują tę grupę do dbania o to, by wszystkie czynności podejmowane przez personel medyczny były przeprowadzane z szacunkiem dla pacjenta. Nakaz ten dotyczy także studentów kierunków medycznych, którzy w ramach nauki asystują przy różnych zabiegach medycznych.

Podsumowując wypowiedzi, w których pojawił się wątek łamania prawa do intymności, autorki raportu *Rodzić po ludzku* 2006 (Kubicka-Kraszyńska



i in. 2007: 23) wymieniają najczęściej popełniane w tym obszarze naruszenia praw pacjenta. Należą do nich m. in.: mało intymne warunki na izbie przyjęć; wielokrotne badania, także wewnętrzne, przez różne osoby z personelu medycznego; naruszające godność osobistą uwagi dotyczące przebiegu porodu, zachowania rodzącej, jej sytuacji osobistej; zwracanie się do rodzącej krzykiem, a nawet z użyciem słów powszechnie uznawanych za wulgarne; niezamykanie drzwi, nie dbanie o to, aby rodzącej nie widziały osoby postronne; sposób przeprowadzania obchodów; obecność wielu osób przy badaniach lub porodzie; wspólne sale porodowe; pobieranie opłat za pojedyncze sale porodowe; zadawanie zbędnego bólu.

O ile niektóre z wymienionych powyżej problemów wynikają bezpośrednio z braku dostatecznej infrastruktury medycznej, o tyle większość to zwyczajna arogancja środowiska lekarskiego. Chęć przestrzegania prawa do intymności i wrażliwość na osobiste przeżycia kobiety rodzącej niewątpliwie pomogłyby godnie przeżyć narodziny dziecka nawet w wypadku, kiedy muszą odbywać się one na wieloosobowej sali porodowej. Tymczasem Kitzinger zauważa inne ciekawe zjawisko, które nazywa fenomenem *dobrej pacjentki* i które sama opisuje w ten sposób:

(...) w szpitalu [lekarze – przyp. aut.] przejmują prowadzenie. Istnieją tam pewne reguły, którym pacjentki muszą się podporządkować, niektóre jasno określone i dla wszystkich oczywiste, inne niepisane i trudne do odkrycia, dopóki się ich nie pogwałci. Nauczenie się, jak być dobrą pacjentką szpitalną, polega niekiedy właśnie na tym, by dowiedzieć się od innych pacjentek, jakie są te reguły, aby bezboleśnie dostosować się do oczekiwań lekarzy i położnych (1995: 16).

Do niezbywalnych praw pacjenta należy także prawo do informacji na temat jego stanu czy podejmowanych działań. Także Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej daje każdemu obywatelowi i obywatelce wolność osobistą i możliwość jej ochrony. Okazuje się jednak, że w sytuacji, kiedy chodzi o ludzkie życie, taka informacja nie zawsze jest udzielana. Z listów tysięcy kobiet, które nadesłały swoje relacje z porodów do Fundacji Rodzić po Ludzku, wynika, że wiele czynności i zabiegów podejmowanych przez służby medyczne nie jest nawet uzasadnianych, nie mówiąc już o uzyskaniu zgody pacjenta na ich podjęcie. Słowem kluczem jest „rutyna”, która rzekomo pozwala działać lekarzom bez dodatkowych procedur informacyjnych. Tymczasem zgodnie z prawem i kodeksem zawodowym środowisk „lekarskich, nawet tak rutynowo stosowane w wielu szpitalach zabiegi jak: przebicie pęcherza płodowego, podanie oksytocyny, nacięcie krocza powinno być poprzedzone dokładną informacją i zapytaniem kobiety o zgodę na ich przeprowadzenie” (Kubicka-Kraszyńska i in. 2007: 25). Należy

jednak zauważyć, że w porównaniu z wynikami badań ankietowych prowadzonych przez Fundację Rodzić po Ludzku w poprzednich akcjach, statystyki z 2006 roku<sup>4</sup> roku ujawniają pozytywną tendencję w tym zakresie. Podczas gdy w 2004 roku tylko 24% respondentek deklarowało, że przez cały czas było informowanych o przebiegu porodu, używanych środkach i zabiegach, w 2005 roku było to już 32% kobiet, a w 2006 roku – 55%. Niemniej jednak w tym samym roku (2006) 15% kobiet otrzymywało od personelu medycznego tylko zdawkowe informacje, a 7% w ogóle nie było informowanych o tym, co się dzieje z nimi i z dziećmi (Kubicka-Kraszyńska i in. 2007: 24).

Wydaje się, że równie ważnym, jak nieprzekazywanie informacji w ogóle, jest problem sposobu przekazania tej informacji. Dobrego fachowca cechuje umiejętność przedstawiania posiadanej wiedzy przystępnym językiem, tak żeby była ona zrozumiała także dla tych, którzy z medycyną nie są związani. Terminy medyczne powinny być zatem wyjaśnione, a konsekwencje podejmowanych działań jasno wytłumaczone. Co więcej, informacja powinna być wyczerpująca i pełna – to jest:

(...) personel medyczny zobowiązany jest objaśnić pacjentce stan zdrowia jej lub dziecka, możliwe metody lecznicze i diagnostyczne, cel zastosowania danego środka czy zabiegu, oraz poinformować o ewentualnych następstwach, negatywnych i pozytywnych konsekwencjach zastosowania lub zaniechania określonych świadczeń (Kubicka-Kraszyńska i in. 2007: 24).

Warto zauważyć, że szczególnej wrażliwości i delikatności w komunikowaniu wymaga specyficzna sytuacja emocjonalna rodzącej. Także w tym aspekcie praw pacjenta personel medyczny w wielu przypadkach wykazuje się rażącą niekompetencją.

Należy w tym miejscu zaznaczyć, że prawo do wiedzy na temat stanu zdrowia i wszelkich podejmowanych czynności dotyczy także rzetelnej informacji na temat stanu noworodka, którego rodzice są bezpośrednimi przedstawicielami prawnymi. W rzeczywistości wielu rodzicom nie pozwala się na obecność w czasie wykonywania badań i szczepień u ich dzieci.

W kontekście medykalizacji porodu warto przypomnieć o prawie rodzących do wyrażania świadomej i swobodnej zgody na interwencje medyczne. Prawo to wynika bezpośrednio z omówionego już prawa do pełnej informacji co do powodu i celu każdej podejmowanej przez personel medyczny czynności. „Pacjent ma możliwość wycofania zgody w każdym momencie, a także do wyrażania sprzeciwu, ustnego lub na piśmie, i odmowy poddania się interwencji” (Kubicka-Kraszyńska i in. 2007: 25), a prawo to regulowane jest m.in.

---

<sup>4</sup> W tym roku odbyła się ostatnia edycja akcji *Rodzić po ludzku*.

przez przepisy kodeksu cywilnego oraz karnego – art. 192 stanowi, że wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta zagrożone jest karą pozbawienia wolności do lat dwóch.

Na podstawie danych z akcji z 2006 roku Fundacja Rodzić po Ludzku podaje, iż 95,9% oddziałów położniczych w Polsce obchodzi przepisy wymagające otrzymania zgody pacjenta, poprzez zbieranie od pacjentek przyjmowanych do szpitala podpisów na tzw. zgodzie ogólnej (lub blankietowej), która, jak twierdzą znawcy, jest reliktem po nieobowiązujących już przepisach. Aż 62% udokumentowanych przypadków nacięcia krocza nie było poprzedzone nawet próbą zdobycia zgody pacjentki na przeprowadzenie tego zabiegu, „co jest poważnym naruszeniem obowiązującego prawa, zważywszy na to, że zabieg ten związany jest z przerwaniem integralności tkanek oraz, na co wskazują liczne badania naukowe, obarczony jest dużym ryzykiem powikłań” (Kubicka-Kraszyńska i in. 2007: 27).

Biorąc pod uwagę, że prawo do pełnej informacji w połączeniu z świadomym i swobodnym podejmowaniem decyzji daje rodzącej poczucie sprawstwa, warto przytoczyć spostrzeżenie Kitzinger, która pisze:

(...) wpływ na przyszłe zachowanie pociechy ma nie tyle sam przebieg porodu, co związane z nim odczucia i wrażenia matki. Za znamieny uznałam fakt, że matki, których dzieci bezustannie płaczą, niejednokrotnie wspominają poród jako wydarzenie, nad którym nie miały najmniejszej kontroli, były bezbronne, zdane na łaskę i niełaskę lekarzy oraz położnych (2008: 65).

Co więcej, poczucie bezradności doznane podczas ciąży i porodu zwiększa ryzyko depresji poporodowej. Jak pisze B.A.L. Beech, najczęstszym problemem, z jakim do Stowarzyszenia na rzecz Poprawy Usług Położniczych (AIMS) przychodzą młode matki, jest właśnie depresja i stres pourazowy.

Kobiety z tymi zaburzeniami, opisując swoje porody, mówią, że nie miały kontroli nad tym, co się z nimi działo, były zmuszane do zaakceptowania leczenia, którego sobie nie życzyły, a co najważniejsze, często były źle traktowane przez położne i lekarzy. Penny Simkin wykazuje w swoich badaniach, że wspomnienia porodu utrzymują się u kobiet przez co najmniej 20 lat (Beech 2002: 9).

Tymczasem kontrola, tak ważna dla rodzących, raz przejęta przez personel medyczny, powoduje potrzebę panowania nad kolejnymi etapami porodu, co uzależnia rodzącą od następujących po sobie interwencji lekarskich. Zjawisko to określa się jako kaskadę interwencji, która, na przykład, mogłaby przebiegać według poniższego scenariusza:

Indukcja porodu powoduje dużo silniejsze skurcze, które mogą wpływać niekorzystnie na stan płodu. Zaleca się więc stałe monitorowanie tętna płodu. Unieruchomienie

rodzącej może spowodować jeszcze większe zaburzenia w tętnie, może też pojawić się konieczność zakończenia porodu zabiegowo lub operacyjnie (Kubicka-Kraszyńska i in. 2007: 36).

Owym operacyjnym zakończeniem porodu jest – coraz popularniejsze w Polsce – cesarskie cięcie. Ze względu na społeczną wagę problemu zdecydowałam się szerzej omówić tę praktykę i potraktować ją jako ilustrację ogólnej tendencji zachowań okołoporodowych.

Od kilkunastu lat odsetek cięć cesarskich na polskich oddziałach położniczych systematycznie wzrasta. W 2005 roku w Polsce wynosił on około 27%, podczas gdy już w 1985 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła, że uzasadniony dla ratowania życia i zdrowia matek i dzieci odsetek cięć wynosi od 10 do 15%. Badania z 2004 roku potwierdziły zalecenia WHO, udowadniając, że w krajach, gdzie odsetek cięć cesarskich jest niższy niż 10% oraz w państwach, gdzie odsetek ten jest wyższy niż 15%, liczba zgonów rodzących jest wyższa (Wagner 2006: 37). Wydaje się, że obecnie w Polsce cięcia cesarskie stały się wręcz modne. Często pojawiają się jako hasło wywoławcze dla akcji dążących do poprawy komfortu rodzących. Rynek odpowiedział na wezwanie coraz liczniejszej grupy zainteresowanych poddaniu się tej operacji kobiet, powołując do życia coraz więcej prywatnych klinik specjalizujących się w odbieraniu porodu tą właśnie metodą. Wyraźnie widać tendencję odchodzenia od traktowania cięcia cesarskiego w kategoriach operacji ratującej życie. O jego przeprowadzeniu coraz częściej przesądzają pozamedyczne czynniki, do których należą: osobiste przekonania lekarza, status socjoekonomiczny pacjentki, wygoda, presja środowiska, obawa przed zaskarżeniem do sądu i korzyści finansowe (Goer 1995: 38).

W kontraście do entuzjazmu wyrażanego przez wielu na temat zalet cięcia cesarskiego wykonywanego na życzenie rodzącej pozostają coraz liczniejsze badania naukowe. Dowodzą one m.in., że „umieralność okołoporodowa w grupie kobiet, które urodziły poprzez cesarskie cięcie, jest prawie trzykrotnie większa niż w przypadku porodu siłami natury”<sup>5</sup> (Kubicka-Kraszyńska i in. 2007: 38). Coraz większą uwagę naukowców skupiają też długofalowe skutki zabiegu. Okazuje się, że cięcie cesarskie może w znacznym stopniu obniżyć jakość życia kobiety, doprowadzając do wtórnej niepłodności, dwukrotnie zwiększając ryzyko poronienia przy kolejnych ciążach, zwiększając prawdopodobieństwo konieczności przeprowadzenia cięcia przy następnym porodzie, a także ryzyko odklejenia łożyska oraz wystąpienia ciąży pozamaciczej (Wagner 2006: 38).

---

<sup>5</sup> Stosunek ten wynosi 1,77 na 1000 porodów do 0,62 na 1000 porodów.

Niewiele mówi się też o psychologicznych następstwach cięcia cesarskiego dla kobiet i ich nowo narodzonych dzieci, podczas gdy stwierdzono już, że występuje pozytywna korelacja między porodem operacyjnym a depresją poporodową (Kubicka-Kraszyńska i in. 2007: 38). Ta sama zależność dotyczy także udanego karmienia piersią. W kontekście tych danych autorzy raportu z akcji *Rodzić po ludzku 2006* stawiają zasadne pytanie o to, czy etyczne jest promowanie cięcia cesarskiego jako manifestu wolnego wyboru kobiety, jeśli wiadomo, że operacja ta obciążona jest tak dużym ryzykiem. Sytuacja staje się jeszcze bardziej dwuznaczna, kiedy weźmiemy pod uwagę, że wiele klinik utrzymujących się z przeprowadzania cięć cesarskich bez wskazań medycznych operuje w ramach kontraktów podpisanych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Innymi słowy, za zabiegi, które są droższe niż szpitalne porody naturalne, płacą w rzeczywistości wszyscy podatnicy.

Podsumowując, uzasadnione jest przypuszczenie, że atmosfera wykreowana w Polsce wokół cięcia cesarskiego na życzenie pozostaje w konflikcie z etyką lekarską, a także stanowiskiem Międzynarodowej Organizacji Ginekologów i Położników, która w 1999 roku wydała następujące oświadczenie: „Ponieważ nie istnieją niepodważalne dowody świadczące o korzyściach, wykonywanie cesarskiego cięcia z powodów pozamedycznych jest etycznie nieuzasadnione” (Kubicka-Kraszyńska i in. 2007: 39). Podobne stanowisko w sprawie cesarskich cięć na życzenie zajęło Polskie Towarzystwo Ginekologiczno-Położnicze. Jego zalecenie cytuje podsekretarz stanu Ministerstwa Zdrowia Adam Fronczak w liście otwartym do przewodniczącej Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny Wandy Nowickiej:

(...) decyzja o chirurgicznym wkroczeniu w jamę brzuszną powinna należeć wyłącznie do lekarza specjalisty ginekologa-położnika, który opierając się na wiedzy, posiadanym doświadczeniu klinicznym oraz dogłębnej analizie indywidualnej sytuacji, wybiera rozwiązanie najbardziej korzystne dla zdrowia i życia pacjentki oraz jej dziecka (Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny 2009).

O ile przedstawione badania pokazują, że sytuacja, kiedy bez względu na obiektywne dane medyczne rodząca może zażądać cięcia cesarskiego, nie jest dobra, o tyle trzeba zauważyć, że stanowisko Polskiego Towarzystwa Ginekologiczno-Położniczego w zasadzie pozbawia kobiety podmiotowości. Kryjąc się za żargonem medycznym (*jama brzuszna*), z perspektywy eksperckiej (*lekarze specjaliści*) grupa ludzi uznaje, że kobieta jest całkowicie zależna od lekarza i jego oceny sytuacji.

## Matka Polka

Historia położnictwa i opis medykalizacji wymagają jeszcze jednego ważnego uzupełnienia, które pozwoli lepiej zrozumieć specyfikę tego drugiego w kontekście polskim. Chodzi mianowicie o fenomen matki Polki, który zdaje się mieć znaczny wpływ na postrzeganie ciąży i porodu przez współczesne Polki.

Historia fenomenu matki Polki sięga daleko wstecz i wiąże się z burzliwymi dziejami naszego kraju. Przez wieki bowiem o Polskę trzeba było walczyć – w tym też kontekście wychowanie przyszłych pokoleń stało się kwestią narodową. Potrzeba odpowiedniego uformowania dzieci dotyczyła w szczególności chłopców – to oni mieli zmagać się na froncie i ginąć dla dobra kraju. Dlatego też matka Polka to przede wszystkim matka synów, których krwią uświęcona jest ziemia polska. Matki patriotów (czyli bohaterów) wyniesione były na piedestał tak wysoko, że obejmowała je aura Matki Boskiej, która stała się pierwowzorem matki Polki. W historii Polski zdarzały się cuda, które przypisywano jej boskiej mocy. Odwoływano się więc do niej jak do matki, która nie zostawi swoich dzieci w potrzebie, która zawsze będzie obok oraz której macierzyństwo jest gotowe na największe poświęcenie i ból towarzyszenia swojemu synowi w drodze na miejsce jego śmierci ku chwale ojczyzny. Podobnie jak Maryja,

(...) kobieta polska (...), przypiąwszy mu szarfę do piersi, wysyła syna, męża lub ukochanego w bój o wolność, z utęsknieniem czekając jego powrotu, opatrując rany (w tym celu przygotowuje szarpie) lub opłakując (upodobanym jej strojem będzie strój żałobny) bohaterski zgon na polu chwały, wygnanie na Sybir lub tułaczkę na obczyźnie (Gajewska 2004: 216).

Jak pisze Elżbieta Ostrowska:

w kulturze polskiej, w której (...) można dostrzec dominację męskich więzi opartych na zasadach idealizowanego braterstwa, kobiecość przyjmuje postać fantazmatu matki, która nie tylko nie zagraża braterskim więziom, lecz je nawet w pewnym sensie legitymizuje – wszak bracia muszą mieć matkę. Jest nią fantazmatyczna matka Polka – idealna matka, która w fantazmatycznym wyobrażeniu staje się także matką-ojczyzną (2004: 223).

Ideologizacja macierzyństwa miała, jak się wydaje, także swoje dobre strony. Doprowadziła na przykład do wprowadzenia obowiązku edukacyjnego i w przewrotny sposób ułatwiła Polkom zdobycie prawa głosowania w wyborach – powinny były je dostać dlatego, że wychowywały synów, dlatego, że jako kobiety troszczyły się o mężczyzn. „Matki-wychowawczynie przeżywały twarde upokorzenie, gdy na zapytanie maleńkich synków przyznawać musiały, że

one – ich życiodawczynie, twórczynie ich dusz dziecięcych, są jednak ludźmi bez praw!” (Gajewska 2004: 268). Nieliczne przywileje kobiety musiały sobie jednak drogo wykupić i zaakceptować nadaną im rolę z „obowiązkowym masochizmem” (Budrowska 2000: 149) zapisanym w kontrakcie. Ów masochizm, o którym pisała Badinter, świetnie pasował do realiów polskich, gdzie „troskliwa, dobra matka to w przekonaniu społecznym ta, która jest stale do dyspozycji dziecka” (Gajewska 2004: 269). Powstał nowy model kobiecości, który łączył funkcję nienagannej pracownicy, posłusznej żony i dobrej matki, kreując w ten sposób „superwoman”, która w istocie całkowicie rezygnuje z siebie na rzecz ról, które wyznaczyło jej społeczeństwo. Co znamienne, „matka idealna postrzegana jest jednak nie jako osoba z własnymi celami, emocjami, potrzebami, biografią, a tylko i wyłącznie jako matka, to jest osoba, która w zupełności poświęciła swe życie rodzinie, dziecku” (Budrowska 2000: 38). Jeśli kobieta decydowała się nie podejmować karkołomnej próby osiągnięcia ideału, szybko stawała się złą matką i jako taka była piętnowana społecznie.

Pomimo że w słownikach nie ma hasła matka Polka, jej figurę można odkrywać w innych definicjach, gdyż „staje się znakiem takich wartości jak patriotyzm, żałoba, cierpienie i przynależy do porządku zbiorowej mitologii (...), wspierając tym samym dominującą ideologię narodową” (Ostrowska 2004: 216). Jak ujmuje to Sławomira Walczewska w swojej książce *Damy, rycerze i feministki*, „matka Polka to formuła udziału kobiet w polskiej wspólnotie narodowej” (2006: 53), na którą Polki musiały sobie zasłużyć.

Podsumowując próbę uchwycenia esencji konstruktu matki Polki, posłużę się jeszcze jednym cytatem, gdyż wydaje mi się, że dobrze oddaje on wielość elementów składających się na scenariusz roli polskiej kobiety.

Figura matki Polki była konstrukcją wzoru złożonego, wchłaniającego kultury dworku szlacheckiego, religii chrześcijańskiej i kultury ludowej. Matka Polka nosi biżuterię rodową czarną na znak żałoby, śpiewa pieśni patriotyczne wśród portretów przodków i bohaterów narodowych, boleje pod krzyżem jak Maria bądź jak prosta chłopka stoi u krzyża brzoźowego przy zbiorowej mogile. Zawsze to matka synów oddanych matce matek Ojczyźnie (Ostrowska 2004: 215).

Można sobie zadać pytanie, dlaczego matka Polka nie zginęła wraz ze swoim synem walczącym o ojczyznę, pozwalając, by w czasie pokoju jej miejsce zajęła inna kobieta. Wydaje się, że częścią tej tajemnicy jest podkreślane powyżej zakorzenienie idei matki Polki w kategorii walki narodowowyzwoleńczej. Jak śpiewamy w hymnie narodowym – „Jeszcze Polska nie zginęła”, więc i matka-ojczyzna, matka Polka zginąć nie mogła. Drugim filarem podtrzymującym konstrukt macierzyństwa w Polsce jest religia, o czym wspominałam już wcześ-

niej. Matka Polka zawsze cierpiała – tak jak Matka Boska Bolesna poświęcała się dla dziecka (najlepiej syna), zawsze przedkładając dobro ogólne nad swoje. Warto przy tym zauważyć, że mimo bardzo trudnego macierzyństwa ból Maryi matki jest niemy. Nie ma przekazu o tym, żeby Maryja kwestionowała swój los, choć z Pisma Świętego wiemy, że była świadkiem życia syna. Kultura zaadaptowała tę pamięć o wywyższonej przez Boga kobiecie i zintegrowała ją z wizją kobiety podległej, gotowej na przyjęcie tego, co ją czeka, i spełnianie oczekiwań innych. Dlatego też cierpienie, którego z powodu zastosowania pewnych procedur medycznych doznają rodzące, jest stosunkowo łatwo uzasadniane przez rolę, którą pełnią. Upokorzenie doświadczane przez kobiety na polskich porodówkach pasuje do takiego schematu, dzięki czemu nabiera ono sensu. Tłumaczy to fakt, dlaczego większość kobiet, które rodziły w szpitalu, mimo niezyczliwości personelu medycznego ocenia poród jako przeżycie pozytywne.

Reasumując, jakkolwiek nie można pozostać obojętnym na zmiany, które dokonują się w społeczeństwie polskim, trzeba przyznać, że macierzyństwo, w tym szczególnie ciąża i poród są ciągle ostoją dla konceptu matki Polki. Walka o ojczyznę w jakimś sensie ciągle trwa, konstytuując tym samym potrzebę istnienia mitu matki Polki.

## Zakończenie

Zanim macierzyństwo przybrało współczesny kształt konstruktu społeczno-kulturowego, przeszło przez kilka etapów ewolucji. W dalekiej historii chwila narodzin dziecka i w pewnym sensie jego matki była doświadczeniem uznanym za mistyczne; związanym z siłą kobiecego ciała oraz z jego mocą stwórczą. Takiemu pojmowaniu cudu narodzin towarzyszyła wiara w bóstwa, które czuwały nad tym, żeby cykl narodzin i śmierci był zamknięty. Swoim istnieniem tłumaczyły one naszym przodkiniom i przodkom to, co było dla nich niezrozumiałe.

Magiczny wydźwięk macierzyństwa został jednak stopniowo wtłoczony w pojęciowe ramy patriarchatu, czyniąc z bycia matką obowiązek kobiety. Matki zostały uwikłane w politykę, w której nadreprezentowani są mężczyźni. To oni decydowali o prawach kobiet na całym świecie, w tym także o możliwości, konieczności lub niemożności posiadania dzieci. W znacznej mierze patriarchyat przyczynił się do stworzenia wzoru socjalizacji, który obejmował odpowiednie przygotowanie do roli matki.



Wychowanie dziecka zgodnie z obowiązującym modelem stało się jednym z głównych wyznaczników dobrej matki. Takie podejście doskonale odbija się w postaci matki Polki, której głównym życiowym zadaniem było wychowanie kolejnego pokolenia patriotów. Okazało się, że idealna matka, do której wzoru odwoływano się wielokrotnie także na różnych szczeblach władzy, to taka, która podporządkowuje się bez reszty wymaganiom swojej roli.

W niniejszym artykule starałam się przedstawić zachowania okołoporodowe w Polsce i w ich kontekście sytuację współczesnych kobiet spodziewających się dziecka. Moją intencją było pokazanie, że mimo oczywistych zmian w społeczeństwie matka Polka wciąż ma się dobrze i współtworzy atmosferę społeczną towarzyszącą kobietom w ciąży. Walnie przyczynia się do tego, że kobiety rodzące w szpitalu znajdują się w tym szczególnym momencie swojego życia w sytuacji niekomfortowej i, co warto odnotować – silnie spatriarchizowanej. Większość środowiska ginekologicznego stanowią bowiem mężczyźni, którzy, co należy podkreślić, w hierarchii szpitalnej realnie zajmują wyższe miejsce niż ich koleżanki położne, choć taki układ nie wynika z przepisów. Kitzinger pisze o tym w następujący sposób:

Większość lekarzy to mężczyźni, a jednak to oni właśnie podejmują odpowiedzialność za zdrowie reproduktorek – kobiet. W Stanach Zjednoczonych ginekolodzy przypisują sobie prawo ochrony zdrowia kobiet wobec rządu. Jednak tak naprawdę niewiele o nim wiedzą. Znają się na chorobach. Zawód położnika nie podnosi prestiżu społecznego. Ginekolog ma stosunkowo wysoki status, położnictwo pozostawia lekarza na marginesie. Ginekologia skupia się przede wszystkim na chirurgii i endokrynologii. Tymczasem zdrowe kobiety nie potrzebują ginekologów. Za to kiedy rodzą, potrzebują położników, choćby były najzdrowsze (1995: 10).

Odwołanie do społeczeństwa Stanów Zjednoczonych nie podważa racji bytu argumentu wysuniętego przez Kitzinger także w warunkach polskich. Podobnie jak w Stanach Zjednoczonych, również u nas medycyna okołoporodowa zdominowana jest przez mężczyzn, a położnik, tak samo jak położna, podlega ginekologowi. W hierarchii tej rola rodzącej sprowadza się do bycia posłuszną, bezradną pacjentką. Jak to podsumowuje Odent:

Nowoczesne położnictwo ignoruje fakt, iż poród, narodziny i wczesny okres noworodkowy są integralnymi częściami seksualnego życia kobiety. Jako dyscyplina medyczna, pozostaje nieświadome potencjalnie negatywnego wpływu lekarzy mężczyzn i innych asystujących osób na przebieg porodu. Lekceważy również znaczenie obecności kobiet towarzyszących w porodzie i kobiet położnych (1997: 37).

Swoistą ulgę może przynieść przyszłej matce wiara w słuszność medykalizacji i świadomość mieszczczenia się we wzorze uległości – do którego my, matki Polki, mamy predyspozycje kulturowe. Między innymi dzięki temu jesteśmy

też przygotowane na to, że w okresie ciąży staniemy się pacjentkami, a lekarz (lub lekarka) przejmie nad nami kontrolę. To on (ona) ma władzę, która pozwala mu (jej) trafnie ocenić, czego potrzeba każdej kobiecie. On (ona) też ocenia, co jest dla niej dobre, a co nie. Medykalizacja, której poddają się same kobiety, legitymizuje wszystkie decyzje personelu medycznego, sterowanego przez lekarzy (i lekarki) ginekologów.

Obok znacznie większej grupy kobiet, które biernie poddają się działaniom personelu medycznego, są także kobiety, które walczą o prawo do godnego porodu. W moim mniemaniu jest on często mylony z porodem bezbolesnym. Wydaje się niestety, że w tę pułapkę definicyjną wpadły także niektóre środowiska feministyczne, które walczą o wszechdostępność całkowitego znieczulenia przy porodzie albo o możliwość swobodnego decydowania o poddaniu się operacji cięcia cesarskiego. Jak dowodzą badania medyczne, przeprowadzenie tego typu zabiegów w sytuacjach nieuzasadnionych stanem zdrowia dziecka bądź matki niesie z sobą znaczne i długotrwałe ryzyko powikłań. Co więcej, decyzja o niezwiązanej z porodem operacji oznacza w pewien sposób odcięcie się na czas porodu od owego magicznego i ponadczasowego wymiaru kobiecości, który był tak ważny dla naszych pramatek.

W tym kontekście warto również zauważyć, że alternatywne do szpitalnych naturalne porody domowe są w Polsce ciągle uważane za niebezpieczne, a kobiecie, która decyduje się na taki poród, często odmawia się poczucia odpowiedzialności. Środowisko lekarskie jest mniej lub bardziej, ale raczej zgodnie przeciwne temu, żeby ich pacjentki rodziły poza szpitalem. Rzutuje to także negatywnie na atmosferę, którą kreuje się wokół położnych decydujących się towarzyszyć rodzącym w domu. Mimo że polskie prawo im na to pozwala, aktualnie jest tylko kilkanaście położnych, które oficjalnie się tym zajmują. Tymczasem ocenienie pozaszpitalnego porodu w kategoriach tak dużego ryzyka nie jest zgodne z doświadczeniami rodzących, położnych i lekarzy w innych państwach Europy Zachodniej. W wielu, jak np. w Holandii, poród w domu jest uznawany za równoprawny sposób powitania dziecka na świecie. Chociaż jednocześnie nie można go uznać za model uniwersalny. Tylko bardzo wnikliwe przygotowanie, zarówno położnej, jak i rodziców, a także pozbawiona emocji klasyfikacja kandydatów do porodu w domu jest gwarancją bezpieczeństwa w takim stopniu, w jakim możemy w ogóle mówić o gwarancjach w medycynie (Oleś 2002). Jeśli jednak warunki zostaną spełnione, poziom bezpieczeństwa jest podobny do tego, który osiąga się w szpitalu. Zdanie to potwierdza Ole Olesn, badacz z Wydziału Medycyny Społecznej Uniwersytetu w Kopenhadze, który w 1997 roku podsumował wyniki swoich badań dotyczących porodu domowego, pisząc: „Poród domowy dla zdrowych

kobiet stanowi bezpieczną alternatywę dla porodu szpitalnego i prowadzi do zmniejszenia interwencji medycznych” (Oleś 2003). Przychylają się do tego również wyniki analizy Netherlands Institute of Primary Health Care: „Nie ma różnicy pomiędzy bezpieczeństwem planowanego porodu domowego a porodem w szpitalu w wypadku kobiet rodzących po raz pierwszy, natomiast w przypadku kobiet rodzących kolejne dziecko poród domowy jest znacznie korzystniejszy” (Oleś 2003).

W rozważaniach dotyczących istoty narodzin poza szpitalem warto odwołać się także do relacji rodziców, którzy tego doświadczyli i którzy najlepiej oddają charakter takiego przeżycia<sup>6</sup>:

Urodziłam w domu trzeciego syna. Nie „urodził mi się syn”, ale „ja urodziłam”. Pierwszy raz (poprzednie porody odbyły się w szpitalu) poczułam, co to znaczy rodzić: od początku do końca być aktywną i świadomą tego, co się dzieje. Czuć się wolną. Poród to cud i dopiero w zaciszu domowym przeżyłam w pełni cudowność i świętość tego wydarzenia. Czułam, że moje ciało jest gotowe do tego wysiłku i mimo obaw i niepewności, czy wszystko zadziała tak, jak to przewidywała natura, rozpierała mnie energia. Wiedziałam, że sobie poradzę (Malwina Okrzesik).

Czas porodu był dla mnie odkrywaniem własnej mocy oraz siły naszego związku. Do dziś to doświadczenie jest dla mnie nieustającym źródłem energii. Ilekroć dopadają mnie chwile zwątpienia, poczucie zmęczenia, brak wiary w sens moich działań, to wystarczy, że wrócę pamięcią do tamtych godzin, kiedy Magduska przychodziła na świat, że przypomnę sobie, co czułam i co myślałam, a smutek i zwątpienie pryskają jak bańki mydlane. Ogrom miłości, radości, zaufania i siły, jakie wtedy odkryłam, są dla mnie największym skarbem, jaki w życiu dostałam (Justyna Masella Praszyńska).

Chcę podkreślić, że wierzę, iż zarówno poród w szpitalu, jak i poród w domu mogą być dobrym przeżyciem, wymagającym jednak odpowiedniego przygotowania. Przychyłam się tu do opinii Katarzyny Oleś (2000), która od kilkunastu lat przyjmuje porody w domu i twierdzi, że:

Najlepszym miejscem do urodzenia dziecka jest to, które wybiera matka dziecka – w nim bowiem czuje się najbezpieczniej, więc i poród przebiega najlepiej, jak to możliwe. Ważne jest więc rzeczowe i uczciwe przedstawianie kobietom różnych scenariuszy, aby same mogły wybrać ten, który w danym momencie życia wydaje im się najlepszy. Bardzo poważnym nadużyciem jest manipulowanie rodzicami w ten sposób, aby wybrali jakąś określoną opcję tylko dlatego, że takie są przekonania osoby, która opiekuje się nimi w czasie oczekiwania na dziecko. Pomimo że poród w domu jest najbliższy mojemu sercu i przekonaniom, nigdy nie namawiałam nikogo, żeby się na niego zdecydował. Wręcz przeciwnie, to rodzice mają mnie przekonać, abym im towarzyszyła.

---

<sup>6</sup> Cytaty zaczerpnięte ze strony internetowej Stowarzyszenia Dobrze Urodzeni.

Warto więc, żeby współczesne matki Polki zdały sobie sprawę z ich praw, w tym także do wyboru miejsca porodu, oraz zechciały włączyć świadome przygotowanie się do porodu i jego przeżycie do swojej tożsamości kobiecej. Taka zmiana z pewnością przyczyni się do tego, że porody w Polsce przestanie się ODBIERAĆ, a zaczną PRZYJMOWAĆ.

## Bibliografia

- Agrawal P. 2006. *Odkrywam macierzyństwo*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Beech B.A.L. 2002. *Interwencje położnicze – bardziej pomagają czy szkodzą*, tłum. A. Kurczuk-Powolny. Materiały z konferencji zorganizowanej przez Fundację Rodzić po Ludzku pt. *Dokąd sięgają granice medycznego bezpieczeństwa? Nowoczesna technologia medyczna a podmiotowość rodzących kobiet*. Warszawa.
- Budrowska B. 2000. *Macierzyństwo jako punkt zwrotny w życiu kobiety*. Wrocław: Wydawnictwo Hektor.
- Chołuj I. 2008. *Urodzić razem i naturalnie*. Mszczonów: Wydawca Fundacja Źródła Życia.
- Enkin M., Keirse M., Chalmers I. 2000. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press.
- European Commission Eurostat. Dostępny: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&language=en&pcode=tps00027&plugin=0&tableSelection=1&footnotes=yes&labeling=labels> (dostęp: 3.10.2009).
- Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny. Dostępny: [http://www.federa.org.pl/Informacje/odp\\_cesarskie.pdf](http://www.federa.org.pl/Informacje/odp_cesarskie.pdf) (dostęp: 21.09.09).
- Gajewska A. 2004. *Macierzyństwo – prezentacja pojęcia w dyskursie feministycznym w Polsce* [w:] M. Radkiewicz (red.), *Gender. Konteksty*. Kraków: Wydawnictwo Rabid, s. 253–272.
- Garel M., Lelong N., Kaminski M. 1987. *Psychological Consequences of Caesarean Birth in Primiparas*. „Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology” 6, s. 197–209.
- Goer H. 1995. *Obstetric Myths versus Research Realities: A Guide to the Medical Literature*. London: Wesport.
- Kitzinger S. 1995. *Rodzić w domu*, tłum. E. Nitecka. Warszawa: Wydawnictwo Springer PWN.
- Kitzinger S. 2008. *Płaczące niemowlę*, tłum. J. Mianowicz. Warszawa: Wydawnictwo Prószyński i S-ka.
- Kubicka-Kraszyńska U., Otfinowska A. 2007. *Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle akcji „Rodzić po ludzku” 2006*. Dostępny: [http://www.rodzicpoludzku.pl/images/stories/publikacje/opieka\\_okoloporodowa\\_w\\_polsce2007.pdf](http://www.rodzicpoludzku.pl/images/stories/publikacje/opieka_okoloporodowa_w_polsce2007.pdf) (dostęp: 10.10.2009).
- Marshall G. (red.). 2004. *Słownik socjologii i nauk społecznych*, red. nauk. polskiego wydania M. Tabin. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Odent M. 1997. *Odrodzone narodziny – czym poród może i powinien być?*, tłum. Ł. Bobrowska-Drozda, A. Otfinowska. Warszawa: Niezależna Oficyna Wydawnicza.
- Oleś K. 2000. *Poród w warunkach domowych*. Materiały z konferencji zorganizowanej przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych. Rzeszów.
- Oleś K. 2002. *Poród w warunkach domowych*. Dostępny: [http://www.dobrzeurodzeni.pl/index2.php?id=nasze\\_artykuly.porod\\_w\\_warunkach\\_domowych.htm](http://www.dobrzeurodzeni.pl/index2.php?id=nasze_artykuly.porod_w_warunkach_domowych.htm) (dostęp: 10.10.2009).

- Oleś K. 2003. *Poród domowy w Polsce – relikty czy przyszłość?* Materiały z konferencji zorganizowanej przez Fundację Rodzić po Ludzku pt. *Alternatywne miejsca do porodu – czy mogą istnieć w Polsce?* Warszawa.
- Ostrowska E. 2004. *Matki Polki i ich synowie. Kilka uwag o genezie obrazów kobiecości i męskości w kulturze polskiej* [w:] M. Radkiewicz (red.), *Gender. Konteksty*. Kraków: Wydawnictwo Rabid, s. 215–227.
- Ottfinowska A. 2002. *Czy poród zmedykalizowany stał się w Polsce normą?* Prezentacja wyników ankietowych, materiały z konferencji zorganizowanej przez Fundację Rodzić po Ludzku pt. *Dokąd sięgają granice medycznego bezpieczeństwa? Nowoczesna technologia medyczna a podmiotowość rodzących kobiet*. Warszawa.
- Radkiewicz M. (red.). 2004. *Gender. Konteksty*. Kraków: Wydawnictwo Rabid.
- Rajan L. 1994. *The Impact of Obstetric Procedures and Analgesia/Anaesthesia during Labour and Delivery on Breast Feeding*. „Midwifery” 10 (2).
- Rich A. 2000. *Zrodzone z kobiety. Macierzyństwo jako doświadczenie i instytucja*, tłum. J. Mizielńska. Warszawa: Wydawnictwo Sic!
- Stowarzyszenie Dobrze Urodzeni. Dostępny: <http://www.dobrzeurodzeni.pl> (dostęp: 15.10.2009).
- Thacker S.B., Stroup D.F., Chang M. 1997. *Continuous Electronic Heart Rate Monitoring for Fetal Assessment during Labour*. Oxford: The Cochrane Library.
- Wagner M. 1994. *Pursuing the Birth Machine*. Camperdown: ACE Graphics.
- Wagner M. 2006. *Born in the U.S.A. How a Broken Maternity System Must Be Fixed to Put Women and Children First*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Walczevska S. 2006. *Damy, rycerze i feministki*. Kraków: eFka.